ITEM 199 : DYSPNÉE AIGUË ET CHRONIQUE

Dyspnée = perception anormale et désagréable de la respiration, difficulté respiratoire subjective ± angoissante
- La respiration dépend de : - La **stimulation des mécanorécepteurs thoraciques** : paroi thoracique, muscles respiratoires, bronches et poumons
  - Du **contenu artériel en oxygène** : fonction du taux d'Hb, de la SaO_2 et du débit cardiaque
  - Du **pH sanguin** : chémorécepteurs dans le SNC
- La dyspnée résulte d'une inadéquation de la commande et de l'efficience du système respiratoire

Caractérisation	Dysrythmies respiratoires	- **Dyspnée de Küssmaul** (souvent acidose métabolique) = en 4 temps : **inspiration profonde – pause – expiration profonde – pause** - **Dyspnée de Cheyne-Stokes** (affection neurologique sévère, IC grave) : **dyspnée anarchique** avec mouvements respiratoires de plus en plus amples et rapides, souvent suivis d'une pause prolongée	
	Circonstances de survenue	Chronologie	- **Dyspnée aiguë** : installation brutale en quelques heures/jours - **Dyspnée chronique** : installation progressive sur plusieurs semaines/mois
		Cycle respiratoire	- **Dyspnée inspiratoire** (augmentation du temps inspiratoire) : pathologie des voies aériennes supérieures (pharyngée, laryngée ou trachéale) - **Dyspnée expiratoire** (augmentation du temps expiratoire) : pathologie bronchique ± sifflements intra-thoraciques
		Position	- **Orthopnée** : dyspnée en position couchée → **insuffisance cardiaque, dysfonction diaphragmatique, obésité** - **Antépnée** : dyspnée en position penchée en avant → **dysfonction diaphragmatique, obésité** - **Platypnée** : dyspnée en orthostatisme → **syndrome hépato-pulmonaire, shunt intra-pulmonaire, malformation artério-veineuse**
		Horaires	- **Nocturne** : **asthme** (fin de nuit), **insuffisance cardiaque** (orthopnée)
		Facteur déclenchant	- **Dyspnée de repos ou d'effort** - Facteurs déclenchant : **allergène** (asthme), **écart de régime désodé** (insuffisance cardiaque), **tabac, exposition professionnelle, prise médicamenteuse…**
	Signes associés	- Selon la FR **: bradypnée** (< 15/min) ou **tachypnée** (> 25/min) - Selon la ventilation-minute (VC x FR) : **polypnée** ou **hypopnée** - Symptômes associés : **douleur thoracique, toux, expectorations, wheezing, cornage** - Auscultation pulmonaire : **abolition du MV, bruits surajoutés (sibilant, bronchi, crépitant)** - Signes respiratoires : **diminution ou abolition des vibrations vocales, mise en jeu des muscles inspiratoires du cou, respiration abdominale paradoxale** - **Signes d'insuffisance cardiaque** droite et/ou gauche - Signes extra-respiratoires : **fièvre, signes cutanés, articulaires, digestifs**, **neurologiques**…	
	Quantification : échelles de dyspnée	**EVA**	= De aucun d'essoufflement (0) à essoufflement maximal (10)
		Echelle de Borg	= Selon la sensation : nulle (0), légère (2), modérée (3), forte (5), très forte (7), maximale (10)
		Echelle fonctionnelle de la NYHA	= Retentissement fonctionnel sur l'activité physique : classes 1 (aucune limitation), 2 (limitation légère à modérée), 3 (limitation marquée) et 4 (au moindre effort/au repos)
		Echelle du Medical Research Council (MRC)	= Retentissement sur les activités de la vie quotidienne - **Stade 0** : pour des efforts soutenus (montée de ≥ 2 étages) - **Stade 1** : lors de la marche rapide à plat ou en pente légère - **Stade 2** : marche sur terrain plat en suivant quelqu'un du même âge - **Stade 3** : obligeant à s'arrêter pour reprendre son souffle après quelques minutes ou 100 mètres sur terrain plat - **Stade 4** : dyspnée au moindre effort
		Echelle de Sadoul	- **Stade I** : dyspnée pour des efforts importants - **Stade II** : dyspnée à la marche rapide ou en pente légère - **Stade III** : dyspnée à la marche à plat à allure normale - **Stade IV** : dyspnée à la marche lente - **Stade V** : dyspnée au moindre effort

DYSPNEE AIGUË

→ Urgence : - Apprécier la gravité et pratiquer les gestes en urgence selon l'état clinique
- Diagnostic étiologique et traitement ⍰ selon la présence d'une anomalie auscultatoire ou non
- 3 examens indispensables : **RXT de face, ECG, GDS**
- Autres selon le contexte : **TDM, échocardiographie, D-dimères, NT-pro-BNP, fibroscopie bronchique**…

Gravité	- **Détresse respiratoire aiguë** : cyanose, sueurs (choc, hypercapnie), polypnée/bradypnée, tirage, mise en jeu des muscles respiratoires accessoires (intercostaux, SCM, battement des ailes du nez), respiration abdominale paradoxale - **Retentissement hémodynamique** : tachycardie > 120 bpm, signes de choc (marbrures, oligurie, extrémités froids), collapsus (PAS < 90 mmHg), signes d'insuffisance cardiaque droite aiguë (turgescence jugulaire, OMI, signe de Harzer) - **Retentissement neurologique** : angoisse, agitation, torpeur, astérixis, voire coma		
Contexte	- Interruption de régime hyposodé ou de traitement : **OAP, asthme** - Notion de voyage aérien ou chirurgie récente : **EP** - Au moment d'un repas : **inhalation d'un corps étranger** - Exposition allergénique : **œdème de Quincke, asthme** - Syndrome infectieux : **pneumopathie, pleurésie, laryngite** - Douleur thoracique : **pneumothorax, pleurésie, pneumopathie, OAP**		
Etiologie	*Anomalie de l'auscultation*	**Dyspnée aiguë inspiratoire ou mixte**	Obstacle laryngé ou trachéal haut à la pénétration de l'air : bradypnée ± cornage ± dysphonie si atteinte des cordes vocales - **Obstacle tumoral** (chez l'adulte) : **tumeur pharyngée, laryngée, trachéale, goitre** - **Infection** (surtout enfant) : **épiglottite aiguë, laryngite aiguë virale** - **Réaction allergique** (allergie alimentaire, prise médicamenteuse, Œdème de Quincke) : **œdème glottique suraigu ± choc anaphylactique** - **Inhalation de corps étranger** : syndrome de pénétration - **Dysfonction aiguë des cordes vocales** (rarement) : crises de dyspnée aiguë, récidivantes, diurne, à début et fin brutal (≈ crise d'asthme avec fermeture paradoxale des cordes vocales à l'inspiration)
		Dyspnée aiguë avec râles sibilants	- **Asthme aigu** ou **bronchiolite** chez l'enfant - **Exacerbation aiguë de BPCO** : tabagisme, toux chronique, infection bactérienne/virale - **Pseudo-asthme cardiaque** (insuffisance cardiaque gauche) : patient âgé, crépitants souvent associés, contexte (HTA, cardiopathie ischémique ou valvulaire)
		Dyspnée aiguë avec râles crépitants	- **Insuffisance cardiaque gauche** : FdRCV, cardiopathie ischémique, tableau d'OAP - **Pneumopathie infectieuse** : syndrome infectieux, terrain favorisant (âge, alcoolisme, ID), râles crépitants en foyer, souffle tubaire en regard de la condensation pulmonaire - **SDRA** : œdème pulmonaire lésionnel (gaz toxique, infection respiratoire ou extra-respiratoire, traumatisme, pancréatite, inhalation, brûlure…) - **Pneumopathie d'hypersensibilité** : poumon de fermier, maladie des éleveurs d'oiseaux - **Pneumopathie médicamenteuse aiguë** : rechercher introduction récente d'un médicament - **Hémorragie intra-alvéolaire** : vascularite
		Dyspnée aiguë avec asymétrie auscultatoire	Abolition du murmure vésiculaire du côté atteint - **Pneumothorax** - **Epanchement pleural liquidien** (pleurésie) : contexte infectieux, tumoral ou trauma - **Atélectasie aiguë** : le plus souvent chez l'enfant par inhalation de CE
	Auscultation normale	**Origine cardio-vasculaire**	- **Embolie pulmonaire** : rechercher des FdR, examen clinique et RP souvent normaux - **Trouble du rythme cardiaque aigu** : **FA, flutter, tachysystolie, TV** - **Epanchement péricardique** abondant de constitution récente (tamponnade)
		Anémie aiguë	= **Hémorragie aiguë** ou **hémolyse aiguë** (bactérienne, paludisme, toxique, immuno-allergique, auto-immune ou mécanique)
		Acidose métabolique	= **Acidocétose diabétique, acidose lactique, insuffisance rénale aiguë, perte de bicarbonates digestive** (diarrhée aiguë importante)
		Origine neurologique	- **AVC** (dyspnée de Cheynes-Stokes) - **Neuropathie périphérique** (notamment syndrome de Guillain-Barré) - **Crise aiguë myasthénique**
		Dyspnée psychogène	Diagnostic d'élimination

DYSPNEE CHRONIQUE

- Bilan minimal devant une dyspnée chronique isolée : - **Dosage de l'Hb**
  - **RXT**
  - **EFR et GDS**
  - **ECG**
  - **± Echocardiographie**

- Autres examens à discuter : - épreuve d'effort avec mesure des gaz respiratoires et de la consommation d'oxygène
  - TDM Thoracique pour étude du parenchyme pulmonaire
  - Cathétérisme cardiaque

Etiologie

Maladie pulmonaire chronique	TVO	**- BPCO** : fumeur/ancien fumeur, dyspnée progressive ± associé à une bronchite chronique (toux, expectoration), TVO non réversible, emphysème au TDM **- Asthme** : terrain atopique, non-fumeur, TVO réversible
	TVR	**Atteinte de la pompe ventilatoire** ou **de la commande centrale :** - Hypoventilation pariétale : **cyphoscoliose, grande obésité** - Pathologie neuromusculaire : **lésion spinale, myopathie, SLA, centrale** **Pneumopathie interstitielle diffuse**
Maladie cardiaque chronique		**- Insuffisance cardiaque** (toute cause) : ischémique, hypertensive, myocardiopathie restrictive, valvulopathie, - péricardite constrictive
Hypertension pulmonaire		- Signe d'appel peu spécifique : - **Dyspnée d'effort progressive** inexpliquée - **Douleur thoracique** - **Syncope d'effort** - Examen physique : éclat du B2 au foyer pulmonaire, souffle d'insuffisance tricuspide, signes d'insuffisance cardiaque droite - Dépistage : **échocardiographie** - Diagnostic de certitude : **cathétérisme cardiaque droit**
Anomalie de transport de l'oxygène		**- Anémie chronique** : saignement occulte, hémolyse chronique… - **Intoxication à l'oxyde de carbone** (CO) - Méthémoglobinémie : **intoxication aux nitrates/nitrites, engrais azoté, congénitale** - **Sulfhémoglobinémie acquise** (toxique)
Dyspnée chronique psychogène		→ Diagnostic d'élimination - Souvent jeune femme, se plaignant d'une **dyspnée majeure** - Contexte psychologique : **anxiété** avec **attaque panique** - **Pauses** et **soupirs** répétés, **alcalose respiratoire** - TTT : **rééducation respiratoire** par kiné spécialisé
Syndrome de platypnée-orthodéoxie		Dyspnée en orthostatisme associée à une désaturation → Chercher un shunt droit-gauche (foramen ovale perméable) par une ETO avec test aux bulles